





Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Occupational Burnout, Couple Burnout, and Family Resilience Among Nurses

Shahrbanoo Salehi¹, PhD; Kianoush Zahraakar^{2*}, PhD; Esmail Asadpour³, PhD; Afsaneh Tehranian⁴, PhD

¹PhD Counseling Student, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

²Professor, PhD in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khurazmi University, Tehran, Iran

³Associate Professor, PhD in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khurazmi University, Tehran, Iran

⁴Associate Professor, Doctor of Obstetrics and Gynecology (Gynecological Oncology Fellowship), Faculty of Medical Sciences, University of Tehran, Iran

Article Information

Article History:

Received: Feb. 27, 2023

Accepted: June 28, 2023

*Corresponding Author:

Kianoush Zahraakar,
Professor, PhD in Counseling, Faculty
of Psychology and Educational
Sciences, Khurazmi University,
Tehran, Iran

Email: dr_zahraakar@yahoo.com

Abstract

Introduction: Considering the importance of the nursing profession, which serves as the link between the country's health and treatment organization and patients, most recent research has aimed to investigate nurses' career and family problems. However, fewer studies have addressed intervention and treatment approaches in this regard. This research was conducted to investigate the effectiveness of group therapy, based on acceptance and commitment, on occupational burnout, couple burnout, and family resilience among married nurses.

Methods: The research method was experimental, utilizing a pre-test-post-test design with follow-up phases at one month and three months. The statistical population comprised all the nurses from one of the hospitals in Tehran during the 2020-2022 Coronavirus outbreak. The sample consisted of 24 nurses, 12 in the experimental and 12 in the control group, selected via simple random sampling. The questionnaires used in this research were Meslash's Burnout Inventory (1981), Pines's Couple Burnout Measure (1996), and Sixbey's Family Resilience Assessment Scale (2006). The data were analyzed using a one-way repeated measures Analysis of Variance.

Results: The results demonstrated that therapy based on acceptance and commitment significantly reduced occupational and couple burnout and increased family resilience among married nurses ($P < 0.01$). Furthermore, the effects of treatment based on acceptance and commitment were maintained in the follow-up stages ($P < 0.01$).

Conclusion: One of the key implications of this study's findings is that emphasizing acceptance processes and mental focus can help mitigate occupational and couple burnout among nurses. Consequently, it is recommended that policymakers in the healthcare sector consider this therapeutic approach in their decision-making processes.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Occupational burnout, Couple burnout, and Family Resilience Nurses

Please cite this article as:

Salehi S, Zahraakar K, Asadpour E, Tehranian A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Occupational Burnout, Couple Burnout, and Family Resilience Among Nurses. *Sadra Med. Sci. J.* 2024; 12(2): 175-192.



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب آوری خانواده پرستاران در زمان شیوع کووید-۱۹

شهربانو صالحی^۱، کیانوش زهراکار^{۲*}، اسماعیل اسدپور^۳، افسانه تهرانیان^۴

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران
^۲ استاد، دکترای تخصصی مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران
^۳ دانشیار، دکترای تخصصی مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران
^۴ دانشیار، دکترای تخصصی زنان و زایمان (فلوشیپ آنکولوژی زنان)، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۰۷

نویسنده مسئول:

کیانوش زهراکار،

استاد، دکترای تخصصی مشاوره، دانشکده روانشناسی و

علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

پست الکترونیکی: dr_zahrakar@yahoo.com

مقدمه: با توجه به اهمیت شغل پرستاری که حلقه اتصال بین سازمان بهداشت و درمان کشور و بیماران است، اغلب پژوهش‌های اخیر، درصد بررسی مشکلات شغلی و خانوادگی پرستاران بوده و پژوهش‌های کمتری به مداخله و رویکردهای درمانی در این خصوص پرداخته‌اند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب آوری خانواده پرستاران متأهل انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری بود. جامعه آماری همه پرستاران یکی از بیمارستان‌های تهران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۱ در دوران شیوع کرونا بود. نمونه شامل ۲۴ پرستار (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش (۱۹۸۱)، فرسودگی زناشویی پاینز (۱۹۹۶) و تاب آوری خانواده سیکسبی (۲۰۰۵) بود. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش معنادار ($P < 0/01$) فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و افزایش معنادار تاب آوری خانواده در پرستاران متأهل شده است ($P < 0/01$). همچنین در مراحل پیگیری، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی حفظ شده است ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: از مهم‌ترین کاربردهای مبتنی بر یافته‌های به دست آمده در این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که با تمرکز بر فرآیندهای پذیرش و تمرکز ذهنی می‌توان به کاهش فرسودگی شغلی و زناشویی پرستاران کمک کرد. بر همین اساس، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه بهداشت و درمان نسبت به این رویکرد درمانی در تصمیم‌گیری‌های خود توجه داشته باشند.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرسودگی زناشویی، تاب آوری روانشناختی، تاب آوری خانواده و ازدواج

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

صالحی ش، زهراکار ک، اسدپور ا، تهرانیان ا. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب آوری خانواده پرستاران در زمان شیوع کووید-۱۹. مجله علوم پزشکی صدرا. دوره ۱۲، شماره ۲، بهار ۱۴۰۳، صفحات ۱۷۵-۱۹۲.

مقدمه

پرستاری به دلیل ماهیت حرفه‌ای خود، چالش‌های فراوانی دارد. محیط‌های درمانی همواره با طیف وسیعی از عوامل استرس‌زا از جمله مواجهه با بیماری‌های مختلف جسمانی، روانی و مرگ بیماران، بیماری‌های پاندمی همچون کرونا (۱)، درگیری بیماران یا خانواده‌های آن‌ها با پرستاران (۲) و افسردگی ناشی از این خشونت و درگیری‌ها (۳) حجم زیاد کار، تعداد زیاد بیماران از فرهنگ‌ها و طبقات اجتماعی مختلف، نوبت کاری شبانه، کار مداوم و بدون استراحت، افزایش فشار کاری و استرس، ترس (۴)، شیفت روزهای تعطیل، تبعیض در میزان دستمزد، کم بودن حقوق و مزایا، عدم تعادل تلاش-پاداش (۵) مشکلات ارتباطی با همکاران و بیماران، یکنواخت و پرتکرار بودن کارها، استرس ناشی از عدم اطمینان در مورد برخی درمان‌ها، نیاز به اتخاذ تصمیم‌های مرتبط با مرگ و زندگی بیماران، سرعت عمل و صبر و تحمل برای مواجهه با بیماران بدحال، و در نهایت افزایش تنیدگی و کاهش رضایت شغلی روبروست که به احتمال زیاد پرستاران را دچار فرسودگی شغلی می‌کنند (۶-۸) و به دنبال آن ممکن است فرد در روابط خود با خانواده و اجتماع دچار مشکل شود و در نتیجه از ایفای نقش صحیح و مثبت در خانواده باز ماند (۹-۱۱).

شیوع ویروس کرونا در جهان باعث ایجاد چالش‌های بزرگی برای سلامت عمومی و اقتصادی شده است. این بیماری که در اواخر سال ۲۰۱۹ در چین شناسایی شد، تاکنون در بیش از ۲۲۲ کشور شیوع یافته و بیش از ۲۵۵ میلیون نفر را آلوده کرده است. بیش از پنج میلیون نفر نیز در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست داده‌اند. ایران یکی از کشورهایی است که شدیداً تحت تأثیر این بحران قرار گرفته است. آمار رسمی وزارت بهداشت نشان می‌دهد که تاکنون بیش از شش میلیون نفر در ایران به کرونا مبتلا شده و حدود ۱۲۸ هزار و ۵۰۰ نفر در اثر آن فوت کرده‌اند.

آمار دقیق مبتلایان و فوت‌شدگان پرستار در جهان به دلیل نبود سامانه‌های مناسب گزارش‌دهی در زمان کرونا وجود ندارد. اما برخی منابع نشان می‌دهند که پرستاران تقریباً ۱۰ درصد از کل مبتلایان به کووید-۱۹ را تشکیل می‌دهند. بر اساس گزارش سازمان جهانی پرستاران، تاکنون حدود ۳ هزار پرستار در جهان بر اثر کووید-۱۹ جان خود را از دست داده‌اند.

پرستاران جزو گروه‌های حساس و در معرض خطر هستند که با شجاعت و تلاش زیاد در خط مقدم مبارزه با کرونا قرار دارند. آن‌ها با رعایت پروتکل‌های بهداشتی،

تأمین نیازهای درمانی و روحی بیماران، همکاری با تیم‌های پزشکی و سایر عوامل سلامت، نقش مهم و حساسی را در کاهش ضرر و زیان ناشی از این بحران ایفا می‌کنند. باین‌حال، پرستاران خود نیز در معرض خطر ابتلا به کرونا هستند و باید با فشارهای فراوان روحی، جسمی و اجتماعی مقابله کنند (۱۲-۱۴). این فشارها باعث بروز مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از آسیب، خستگی شغلی، ناکامی و تحلیل‌رفتگی در پرستاران می‌شوند. همچنین ممکن است رابطه پرستاران با خانواده‌های خود تحت تأثیر قرار گیرد و کاهش حمایت اجتماعی، بروز تعارضات خانوادگی، نگرانی از سلامت اعضای خانواده و عدم توجه به نیازهای شخصی و خانوادگی را برای آن‌ها در پی داشته باشد. به همین دلیل پرستاران برای مقابله با پیامدهای روان‌شناختی و خانوادگی بیماری کرونا نیاز به حمایت دارند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مهم‌ترین آسیب‌هایی که پرستاران متأهل با آن‌ها مواجه هستند، فرسودگی شغلی و زناشویی است (۵ و ۷). فرسودگی شغلی در پرستاران از دو جنبه حائز اهمیت است: نخست اینکه فرسودگی، سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب بروز علائم درگیری جسمی، روانی و اجتماعی در پرستاران می‌شود و به تبع آن تأثیر غیرقابل‌انکاری بر سلامت خانواده آن‌ها خواهد داشت (۶-۸). دوم اینکه سبب پایین آمدن کیفیت ارائه خدمات به بیماران می‌شود (۱۵) و این مسئله تهدیدی برای نظام سلامت جامعه است (۱۶).

فرسودگی شغلی بر عملکرد پرستاران در محیط کار، ایفای نقش آن‌ها در خانواده و خصوصاً در ارتباط زناشویی اثر می‌گذارد، تا جایی که به‌طور غیرمستقیم سلامت روان همسران آن‌ها را نیز مختل می‌کند (۱۷) و سبب فرسودگی زناشویی می‌شود (۱۸). به بیان دیگر، پیامد دیگر فرسودگی شغلی پرستاران، فرسودگی زناشویی است که به علت عدم تناسب و تعادل بین توقعات و واقعیت‌های زندگی و کار بروز می‌کند (۱۹-۲۱). بنابراین، آن دسته از ویژگی‌های شخصیتی که سبب سازگاری فرد با شرایط بحرانی می‌شود، مورد توجه روان‌شناسان و مشاوران قرار گرفته (۲۲) و «رشد پس از سانحه» نام‌گذاری شده است (۲۳ و ۲۴) و مفهومی که در این رابطه مورد توجه قرار گرفته، «تاب‌آوری»^۱ نامیده می‌شود که همان توانایی فرد برای تنظیم موفقیت‌آمیز شخص در برابر ناسازگاری‌ها و مصیبت‌های تجربه‌شده است. (۲۵ و ۲۶). تاب‌آوری، توانایی مقابله با مشکلات

روان‌شناختی آن‌ها، تاب‌آوری اعضای خانواده را در روابط بین فردی رشد و بهبود می‌بخشد و در نهایت، منجر به کاهش فرسودگی شغلی/ زناشویی می‌شود.

در پژوهش حاضر، از فرمت گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شده است. بنابراین می‌توان گفت که رفتاری که اعضا در گروه از خود نشان می‌دهند، همان چیزی است که در زندگی واقعی نیز اجرا می‌کنند. پویایی گروه افراد را تشویق می‌کند تا همه مسائل و مشکلاتشان را به گروه منتقل کنند و این امر، فرایندهای درمان گروهی را بهینه می‌کند (۳۸)، و بدین ترتیب، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی افزایش می‌یابد.

در پژوهش حاضر، اثربخشی پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده پرستاران متأهل بررسی می‌شود.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه

روش این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با همراه با گروه گواه و دوره پیگیری سه‌ماهه بود.

جمعیت مورد مطالعه

جامعه آماری این پژوهش، تمامی پرستاران متأهل بیمارستان جامع بانوان آرش شهر تهران طی سال‌های ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۱ بود و روش نمونه‌گیری در این پژوهش در غربال‌گری اولیه به صورت تصادفی ساده از بین جامعه ۱۳۴ نفری انجام شد. در ابتدا ۱۰۵ پرستار، از لیست اسامی پرستاران متأهلی که بیمارستان در اختیار محقق قرار داده بود، به روش تصادفی ساده و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش انتخاب شدند. از میان مشارکت‌کنندگان، ۲۴ پرستار که بیشترین نمره را از پرسشنامه فرسودگی شغلی و زناشویی و کمترین نمره را در مقیاس تاب‌آوری به دست آورده بودند، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود

● قرار داشتن در محدوده سنی ۲۳ تا ۵۰ سال (مرحله پختگی رشد شخصیت)

شغلی/زندگی را در فرد ایجاد می‌کند، بدون اینکه به او آسیب برساند (۲۷ و ۲۸). در این مورد، محققان از مداخلات رویکردهای درمانی متعددی استفاده کرده‌اند که می‌توان به پژوهش کویانی و همکاران (۲۹ و ۳۰) در مورد تاب‌آوری خانواده، آرین‌فر و رسولی (۳۱) درباره متغیر فرسودگی زناشویی، و در خصوص فرسودگی شغلی به پژوهش حسینیانی و دیگران (۳۲) اشاره کرد. در مورد اثربخشی رویکردهای درمانی بر هر سه متغیر فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده در خصوص جامعه پرستاران، پژوهشی یافت نشد، ولی از پژوهش‌های مشابه می‌توان به «اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران» از بحرینیان و دیگران (۳۳) و «اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری پرستاران» از خانجانی و دیگران (۳۴) اشاره کرد.

پیشینه پژوهش‌های انجام شده تاکنون نشان داده‌اند که اثربخشی رویکردهای روان‌درمانی در خصوص جامعه پرستاران، چه در داخل کشور و چه در خارج از کشور به ندرت انجام شده است. مخصوصاً، اثربخشی رویکردهای روان‌درمانی در مورد متغیرهای فرسودگی شغلی/زناشویی و تاب‌آوری خانواده در جامعه پرستاران متأهل کمتر مورد بحث بوده و رویکردهای درمانی در مورد جامعه پرستاران متأهل با نگاه سیستمی، کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است، بنابراین پژوهش حاضر از مداخلات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده پرستاران متأهل استفاده کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان موج سوم رفتاردرمانی است. این روش درمانی بر پایه این گفتار که «انسان همواره می‌تواند بر اساس ارزش‌های درونی خود حرکت کند و بر این اساس، زندگی مطلوب تنها در همین لحظه آغاز می‌شود.» بنا شده است. طبق این روش انسان باید یاد بگیرد که «چگونه از ذهن خود رها شده و به سوی زندگی حرکت کند» (۳۵ و ۳۶) و تأکید بر این است که شخص تمایل به کنترل افکار و احساساتش را کنار بگذارد و در عوض، رویدادهای درونی ناخواسته‌اش را بپذیرد، ارزش‌های مهم زندگی را هدف قرار دهد و اقدام متعهدانه‌ای نسبت به تغییرات رفتاری معنی‌دار بسازد. تبیین ارزش‌ها، تعیین هدف و اقدام، فرایندهای متعهدانه و تغییر رفتار نامیده می‌شود (۳۷). بنابراین به نظر می‌رسد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خصوص پرستاران متأهل با افزایش انعطاف‌پذیری

- حداقل میزان تحصیلات لیسانس
- صاحب فرزند
- حداقل دو سال سابقه زندگی مشترک
- عدم مواجهه با بحران‌های شدید و ناگهانی در زندگی
- تمایل به شرکت در جلسات درمانی
- عدم دریافت سایر درمان‌های دارویی و غیر دارویی در حین اجرای جلسات درمان
- تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی برای حضور در پژوهش.

ملاک‌های خروج

- عدم تمایل به همکاری
- ابتلا به اختلالات روانی
- عدم حضور به‌موقع در جلسات درمان، یا غیبت بیش از سه جلسه پشت سر هم
- تکمیل نکردن پرسشنامه‌های تحقیق.

روند اجرای پژوهش

در مرحله اول، پرستاران، به پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش^۲، فرسودگی زناشویی پاینز^۳ و تاب‌آوری خانواده سیکسبی^۴ پاسخ دادند. سپس ۲۴ پرستار که بالاترین نمره را در پرسشنامه فرسودگی شغلی و فرسودگی زناشویی و کمترین نمره را در تاب‌آوری خانواده کسب کرده بودند، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند، که هر گروه شامل ۱۲ نفر بود.

هر دو گروه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند (پیش‌آزمون). گروه آزمایش به مدت ۲۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت که توسط محقق پژوهش (درمانگر) در سالن آموزش مهارت‌های (اسکیل لب^۵) بیمارستان انجام شد و جلسات بعدی به فاصله یک هفته، در همان ساعت به‌طور مستمر برگزار شد و در آن روش گروه‌درمانی (مشارکت حضوری، آنلاین همه اعضای گروه و همچنین به روش آفلاین با ویس‌های ضبط‌شده از جلسات برای اعضای غایب در جلسه) اجرا گردید. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت، اما به‌منظور رعایت اصول اخلاقی به اعضای گروه کنترل تعهد داده شد که بعد از پایان دوره پژوهش می‌توانند به‌صورت رایگان در گروه‌درمانی رویکرد تحقیق شرکت کنند.

در پایان جلسه بیست و دوم، از هر دو گروه آزمایش

2. Maslach
3. Pines
4. Sixbey
5. Skill Lab

و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. سپس شرکت‌کنندگان پس از گذشت سه ماه و در مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه‌های فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده را پاسخ دادند. نتایج سه مرحله از آزمون وارد فرآیند تحلیل گردید. به جهت ملاحظات اخلاقی پیش از اجرای طرح، رضایت‌نامه آگاهانه با تأکید بر رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و در اولویت بودن سلامت روان‌شناختی از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش اخذ شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از دوره آموزشی انصراف بدهند. در نهایت جهت تحلیل داده‌ها از روش آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی^۶ به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزارها، مداخلات و پیامدها

در خصوص پروتکل درمانی استفاده‌شده در این پژوهش، پیش‌نویس درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با تعداد جلسات، ۲۲ جلسه (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه)، برگرفته از هیز^۷ (۳۲) تهیه شد. روایی محتوایی این پروتکل با نظرخواهی از چهار نفر متخصص روان‌شناسی و آشنا به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خصوص شرح جلسات و اهداف هر جلسه به شرح جدول ۱ تأیید شد.

ابزار

در این پژوهش از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش، پرسشنامه فرسودگی زناشویی پاینز و پرسشنامه تاب‌آوری خانواده سیکسبی استفاده شد. یک پرسشنامه دموگرافیک نمونه پژوهش نیز در ابتدا در مورد شرکت‌کننده‌ها با توجه به ورودی و خروجی‌های پژوهش، تهیه شد که شامل میانگین سنی، جنسیت، میانگین طول مدت ازدواج، تعداد فرزند و میزان تحصیلات بود.

چک‌لیست جمعیت‌شناختی

پس از انتخاب افراد نمونه و اعمال ملاک‌های ورود و خروج، در مرحله گردآوری داده‌ها پژوهشگران پرسشنامه‌ای برای گردآوری اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش طراحی کردند. این چک‌لیست شامل اطلاعات اعضای نمونه مثل سن افراد، جنسیت مشارکت‌کنندگان، مدت‌زمانی که از زمان ازدواج آن‌ها گذشته، تعداد فرزندان و میزان تحصیلات بود.

6. Bonferoni
7. Hayes

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان گروهی فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	موضوع
جلسه اول	خوش آمد گویی/ معرفی مختصر و کوتاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی	برقراری رابطه خوب با اعضای گروه (خوشامدگویی، بیان سوابق حرفه‌ای درمانگر، قوانین گروه، معرفی اعضا، ایجاد اتحاد درمانی، معرفی مختصر و کوتاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی، بیان ساختار جلسات، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری برای اعضا، تمرین ذهن آگاهی در انتهای جلسه، گرفتن فیدبک از اعضا، تعهد به درمان
جلسه دوم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	شروع جلسه با ذهن آگاهی (تنفس ذهن آگاهانه یا دیافراگمی)، مرور تکالیف جلسه قبل، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به‌طور کامل، استفاده از استعاره دو کوه، تخصیص تکالیف منزل/تعهدات رفتاری: توضیح کاربرد ارزش‌ها، فرم مفهوم‌سازی کیس، کاربرد پیگیری ذهن آگاهی و نحوه ارزیابی آن‌ها
جلسه سوم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	مرور تکالیف جلسه قبل، گرفتن فیدبک نیز از اعضای گروه در انتهای جلسات معمول است. در این جلسه مطرح کردن عنوان جلسه: ارزیابی ارزش‌ها، توضیح ارزش‌ها، تمایز بین اهداف و ارزش‌ها و موانع رسیدن به اهداف مبتنی بر ارزش‌ها برای اعضا، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد ذهن آگاهی، کاربرد ارزش‌ها، کاربرد موانع زندگی ارزشمند و کاربرد اولویت‌بندی ارزش‌ها و کاربرد تکالیف اقدام.
جلسه چهارم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تمرین اسکن بدن) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: ناامیدی خلاقانه (آموزش استعاره انسان افتاده در گودال، مسابقه طناب‌کشی، ماسه‌های روان)، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد ناامیدی خلاقانه، کاربرد تکالیف اقدام
جلسه پنجم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تمرین خوردن ذهن آگاهانه) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: کنترل به‌عنوان مشکل و استفاده از استعاره‌ها و تمرین‌های چالش‌مخیز پر از کوسه، ماشین ردیابی کامل اضطراب، به‌بستگی وانیلی فکر نکنید، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد کنترل به‌عنوان مشکل و کاربرد تکالیف اقدام
جلسه ششم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (پیاده‌روی ذهن آگاهانه) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: تمایل، ایجاد پذیرش، زبان گسلسش، استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تماشای قطار ذهن، تمرین حجم صدای تمایل، تمرین تمایز فکر و متفکر، تمرین در نظر گرفتن ذهن خود برای پیاده‌روی، به تجربیات فردی خود همان‌گونه که هستند برجسب بزنید، به افکارتان برجسب بزنید، آمدن و رفتن افکارتان را تماشا کنید، مثل تماشای قطار ذهن و برگ‌های شناور روی جویبار) تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد تمایل قسمت اول، کاربرد تکالیف اقدام، کاربرد پیگیری ذهن آگاهی.
جلسه هفتم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تمرین لانه کبوتر) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: تمایل، ایجاد پذیرش، زبان گسلسش قسمت دوم، استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تمرین توصیف افکار و احساسات، تمرین رادیوی بدخبر، توصیف به جای ارزیابی، تشکر از ذهن، مشاهده، پیچ‌های ذهن، تی شرت ذهن، مزاحم تلفنی، هیولا در اتوبوس، کلیدهای همراه، استعاره باتلاق، تمرین لیمو، تمرین بزاق، یافتن مکانی برای نشستن، تمرین چشم)، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد تمایل شماره ۲، کاربرد تکالیف اقدام و کاربرد پیگیری ذهن آگاهی.
جلسه هشتم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تمرین بله، خیر) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: خود به‌عنوان بستر قسمت اول و استفاده از تمرینات و استعاره‌ها (استعاره شطرنج، استعاره دو رایانه، جعبه یا چیزهایی که در آن است)، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد خود به‌عنوان بستر شماره یک و کاربرد تکالیف اقدام.
جلسه نهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تمرین شفقت) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: خود به‌عنوان بستر قسمت دوم با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تمرین جسمانی کردن، رژه برجسب، تملک خود مفهوم‌سازی شده، هیولای قوطی حلبی)، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد خود به‌عنوان بستر شماره دو و کاربرد تکالیف اقدام.
جلسه دهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی در شروع جلسه (تمرین اسکن بدن)، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: ارزش‌ها قسمت اول با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تمرین سنگ قبر، مراسم تشییع جنازه، جشن بازنشستگی، جشن تولد ۸۰ سالگی)، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد ارزش‌ها قسمت اول، کاربرد تکالیف اقدام.
جلسه یازدهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تمرین کلمه یا عبارات) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: ارزش‌ها قسمت دوم با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تمرین انتخاب و لحظه‌به‌لحظه انتخاب کردن، تمرین سکه دوطرفه، فرایند در مقابل نتیجه، استعاره اسکی کردن)، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد ارزش‌ها و کاربرد تکالیف اقدام.

جلسه دوازدهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (اسکن بدن) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: اقدام متعهدانه با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (مسافران در استعاره اتوبوس، تمرین یک زندگی انتخاب‌شده، تمرین سؤال تمایل، تمرین کودک، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد تکالیف اقدام و کاربرد اقدام متعهدانه.
جلسه سیزدهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تمرین مدیتیشن) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: یادآوری گسلش، ارزش‌ها، اقدام‌های متعهدانه، شفقت با خود، قطب نمای ارزش‌ها و نقشه راه: تعیین ارزش‌ها با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تمرین اسکی کردن، اسارت ذهن، بهانه‌تراشی ذهن، بالا رفتن از تپه شنی، جزیره گنج، هویج به جای چماق، معلم سخت‌گیر، آگاه شدن از زنجیره‌های بدن) تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد قطب نمای ارزش‌ها، کاربرد اهداف، تکالیف اقدام.
جلسه چهاردهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (اسکن بدن) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: بررسی تأثیرات شرکت در گروه: اقدام‌های متعهدانه، ارزش‌ها، خود شفقتی، نقشه راه با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تمرین انجام کارهایی که به اعضا امکان دسترسی به اهداف را می‌دهد) تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد تحقق اهداف یا اقدامات عملی و کاربرد تکالیف اقدام.
جلسه پانزدهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (اسکن بدن) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: بررسی تأثیرات شرکت در گروه: اقدام‌های متعهدانه، ارزش‌ها، خود شفقتی، نقشه راه با استفاده از تمرین‌ها و استعاره‌ها (تمرین انجام کارهایی که به اعضا امکان دسترسی به اهداف را می‌دهد) تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد تحقق اهداف یا اقدامات عملی و کاربرد تکالیف اقدام.
جلسه شانزدهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	تمرین ذهن آگاهی (تنفس آگاهانه، اسکن بدن) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: تأکید بر حوزه‌های بین فردی (شغلی، زناشویی و خانوادگی) ارزشمند زندگی در فرم نقشه راه (شناخت موانع درونی و تلاش برای رفع آن‌ها)، با استفاده از تمرین ایجاد الگوهای برای اقدامات مؤثر، مسئولیت‌پذیری در قبال الگوهای بزرگ‌تری که خلق می‌کنید، الگوهای ناسازگار که تأمین‌کننده اهداف شما نیستند را بشکنید، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد موانع مورد انتظار، کاربرد ارزش، هدف و اقدام، کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد تکالیف اقدام.
جلسه هفدهم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	جلسه شانزدهم به دلیل اهمیتی که داشت و مدت‌زمان بیشتری که لازم بود تا اعضای گروه، به حوزه‌های بین فردی ارزشمند زندگی‌شان اختصاص بدهند، در این جلسه ادامه داشت و مرور شد. تمرین ذهن آگاهی (تنفس آگاهانه، اسکن بدن) در شروع جلسه، مرور تکالیف جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: تأکید بر حوزه‌های بین فردی (شغلی، زناشویی و خانوادگی) ارزشمند زندگی در فرم نقشه راه (شناخت موانع درونی و تلاش برای رفع آن‌ها)، با استفاده از تمرین ایجاد الگوهای برای اقدامات مؤثر، مسئولیت‌پذیری در قبال الگوهای بزرگ‌تری که خلق می‌کنید، الگوهای ناسازگار که تأمین‌کننده اهداف شما نیستند را بشکنید، تخصیص تکالیف/تعهدات رفتاری: کاربرد موانع مورد انتظار، کاربرد ارزش، هدف و اقدام، کاربرد پیگیری ذهن آگاهی، کاربرد تکالیف اقدام.
جلسات هجدهم، نوزدهم، بیستم، بیست و یکم	مرور اهداف، ساختار و مفاهیم مطرح در جلسه، تمرین ذهن آگاهی در شروع و خاتمه جلسه	ساختار این جلسات تقریباً یکسان است، فقط استعاره‌ها متفاوت هستند. تمرین ذهن آگاهی (تنفس آگاهانه، اسکن بدن) در شروع جلسه، مرور ارزش‌ها و اهداف اعضای گروه و موانع آن‌ها و پیشرفت اعضا در پیشبرد درمان، مرور استعاره‌ها و تمرینات آموزش داده شده و آموزش استعاره‌های جدید و همچنین بررسی پیشرفت تک‌تک اعضا در پیشبرد مطالب آموزش دیده شده با توجه به کاربرد تکالیف داده شده و بررسی سطح افزایش انعطاف‌پذیری آن‌ها، وقت گذاشتن برای تک‌تک افراد اعضا، بررسی میزان پیشرفت آن‌ها در حوزه‌های زندگی.
جلسه بیست و دوم	خاتمه دادن به جلسات درمان	تمرین ذهن آگاهی (اسکن بدن و مدیتیشن) در شروع جلسه، مرور جلسه قبل، مطرح کردن عنوان: خاتمه درمان، گرفتن فیدبک از اعضا، در مورد خلاصه‌ای از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شده در جلسات قبلی و بررسی آن روی حوزه‌های مهم زندگی ارزشمند (چهار جلسه قبلی)، خاتمه دادن، ایستادن و تعهد، پیشنهاد ارزیابی‌ها پس از درمان.

پرسشنامه فرسودگی شغلی

این پرسشنامه را مسلش و همکاران در سال ۱۹۸۱ ساخته‌اند. این پرسشنامه، سه مؤلفه دارد که شامل خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و عدم کارایی فردی در چهارچوب فعالیت حرفه‌ای می‌شود. مقیاس شامل ۲۲ ماده و گویه‌های پرسشنامه طیف لیکرت^۸ ۷ درجه‌ای

8. Likert scale

است که در آن به «هرگز»، امتیاز صفر و در ادامه تا «خیلی زیاد» امتیاز ۶ داده می‌شود. در هر سؤال دو نمره برای آزمودنی در نظر گرفته می‌شود: نمره فراوانی و نمره شدت. فراوانی این احساسات با نمراتی از صفر (هرگز) تا ۶ (هر روز) و شدت این احساسات نیز با نمراتی از صفر تا ۷ (خیلی زیاد) سنجیده می‌شوند، در پژوهش حاضر

شبهه مقیاس خارجی اصلی بود و نام دو عامل دیگر پرسشنامه به دلیل محتوا و جابه‌جایی سؤالات، تغییر کرد. این ابزار ۴۸ آیتم دارد و از یک مقیاس چهار درجه لیکرتی استفاده می‌کند. نمره‌های این مقیاس در طیفی بین ۴۸ تا ۱۹۲ قرار می‌گیرند. نمره بالا نشان‌دهنده سطح بالایی از تاب‌آوری در خانواده است و نمره پایین نشان‌دهنده سطح پایین تاب‌آوری خانواده، همچنین نتایج پژوهش نشان داد که همسانی درونی و پایایی بازآزمایی پرسشنامه در حد قابل‌قبولی است. در پژوهش زهراکار (۲۷) ضریب پایایی از طریق بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۸ به دست آمد. پایایی این مقیاس در فرم خارجی نیز بالا بود و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶ به دست آمد.

روش اجرا

پژوهشگر، در سال ۱۳۹۹، پس از دریافت کد اخلاق با مراجعه به مرکز درمانی و آموزشی بیمارستان جامع بانوان آرش تهران و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان، اجرای پژوهش را آغاز کرد، اما پیک‌های پاندمی کرونا، کار غربالگری پرستاران را به تعویق افکند. در نهایت با بهتر شدن شرایط کرونا در سال ۱۴۰۰، پژوهشگر به‌منظور اجرای پژوهش در جامعه ۱۳۴ پرستار متأهل بیمارستان، یک غربالگری اولیه انجام داد، بدین‌صورت که با مراجعه به لیست کلی اسامی پرستاران متأهل به‌صورت تصادفی ساده ۱۰۵ نفر را انتخاب کرد. سپس با دسترسی به پرونده پرستاران انتخاب‌شده به پرستارانی که معیارهای ورود (متأهل بودن، فرزند داشتن،...) را پوشش می‌دادند، تماس گرفته شد تا موضوع، هدف و فرایند پژوهش حاضر تشریح گردد و مدل درمانی، طول مدت آن، بحث رازداری پرسشنامه‌ها و پاسخ‌نامه‌ها و گرفتن رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، کاملاً توضیح داده شود.

این مرحله به سبب شرایط خاص شغل پرستاری و عدم دسترسی آسان به پرستاران، و شرایط پیک‌های پاندمی کرونا زمان‌بر بود. به‌منظور هم‌تاسازی افراد و گروه‌های تحقیق و جلوگیری از دخالت متغیرهای مزاحم و ناخواسته، معیارهای ورود و خروج از تحقیق به‌دقت لحاظ شد. بدین ترتیب در مرحله پیش‌آزمون در مردادماه ۱۴۰۰، پرسشنامه‌های تحقیق روی پرستاران متأهل واجد معیارهای ورود و خروج از تحقیق اجرا گردید.

در مرحله بعد، از میان پرستارانی که نمره بالایی از پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش به دست آورده

نمره شدت مدنظر بود و مبنای محاسبات قرار گرفت. مسلش و جکسون ضریب پایایی درونی را برای خستگی هیجانی، ۰/۹، مسخ شخصیت ۰/۷۹ و عدم کارایی فردی را در ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط فیلیان مورد تأیید قرار گرفت و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد شد (۳۸). همچنین بهنیا، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۸ گزارش کرده است (۳۹) در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار، ۰/۷۹ برآورد گردید که سطح نسبتاً مطلوبی است.

پرسشنامه فرسودگی زناشویی

مقیاس فرسودگی زناشویی یک ابزار خودسنجی است که توسط پاینز (۲۰) ساخته شده و درجه فرسودگی بین زوجها را می‌سنجد (۱۰). این پرسشنامه شامل سه مؤلفه اصلی خستگی جسمانی (مثلاً احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)، خستگی هیجانی (مثل احساس افسردگی، ناامیدی و در دام افتادن) و خستگی روانی (مثل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر) است (۲۰) و ۲۱ ماده دارد. تمام این موارد، روی یک مقیاس لیکرت هفت امتیازی از یک تا هفت پاسخ داده می‌شوند. در این ارزیابی حد بالای نمره، ۱۴۷ و حد پایین نمره، ۲۱ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده فرسودگی زناشویی بیشتر است (۴۰).

در این پژوهش ارزیابی ضریب اعتبار مقیاس فرسودگی زناشویی نشان داد که یک همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹۰ وجود دارد. روایی آن به‌وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت به تأیید رسیده است (۴۰). در ایران در سال ۱۳۸۴، نویدی ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (۳۷). دامنه ضریب پایایی این ابزار در پژوهش حاضر از ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ متغیر بود.

پرسشنامه تاب‌آوری

پرسشنامه سنجش تاب‌آوری خانواده سیکسبی مبتنی بر مدل تاب‌آوری خانواده والش^۹ ساخته شده است. این مقیاس میزان تاب‌آوری خانواده را می‌سنجد و از شش مؤلفه تشکیل شده است: ارتباط و حل مسئله، منابع اقتصادی و اجتماعی، چشم‌انداز مثبت، معنویت خانواده، انعطاف‌پذیری و ابراز هیجانی/همبستگی (۴۸ آیتم). لازم به ذکر است که نام چهار عامل اول در این تحقیق

9. Walsh family resilience model

مدرک ارشد. همچنین میانگین مدت ازدواج در گروه کنترل برابر ۱۵/۵۸ و میانگین مدت ازدواج در گروه آزمایش برابر ۱۶/۲۷ بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه نمونه در جدول ۲ به تفکیک گروه‌ها نمایش داده شده است. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده و ابعاد متغیرها و مؤلفه‌های آن‌ها در گروه آزمایش (گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. به‌منظور تحلیل داده‌های حاصله به دلیل وجود یک عامل بین‌گروهی (مداخله) و یک عامل درون‌گروهی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون ام‌باکس^{۱۱}، کرویت‌ماچلی و لوین^{۱۲} بررسی شد. از آنجاکه آزمون ام‌باکس (۳۱/۷۲۶) برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، می‌توان گفت که شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به‌درستی رعایت شده است ($P=0/165$). همچنین نتایج لوین نشان داد که واریانس خطای متغیر وابسته در گروه‌ها مساوی است ($P=0/163$). علاوه بر آن بررسی نتایج آزمون کرویت‌ماچلی (خی‌دو = ۹۱۴/۸؛ معناداری = ۰/۰۶۵) نشان داد که این آزمون برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نیست، بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها رعایت شده است.

میانگین مدت‌زمان ازدواج افراد در گروه آزمایش برابر با ۱۶/۲۷ با انحراف معیار ۶/۶۶۵ و در گروه کنترل ۱۵/۵۸ با انحراف معیار ۵/۴۸۵ بود. همچنین میانگین مدت‌زمان کل برای تمامی مشارکت‌کنندگان برابر با ۱۶/۵۰ با انحراف معیار ۶/۲۷۸ به دست آمد. میانگین سن افراد حاضر در گروه آزمایش برابر با ۴۰/۱۸ با انحراف معیار ۶/۱۲۹ و برای افراد حاضر در گروه گواه برابر با ۳۹ سال با انحراف معیار ۴/۴۹۲ بود. میانگین کل برای سن تمامی مشارکت‌کنندگان برابر با ۴۰/۸۲ با انحراف معیار ۶/۰۲۸ برآورد گردید.

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که میانگین نمره فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش یافته، ولی در گروه کنترل، کاهش نداشته است و نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین گروه‌ها است ($P=0/001$).

بودند، ۲۴ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. هر گروه شامل ۱۲ نفر بود و اولین جلسه درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد با اعضای گروه آزمایشی، در روز آخر شهریورماه ۱۴۰۰ تشکیل شد. گروه طرح‌واره درمانی، ساعت ۱۲ تا ۱۴ پنج‌شنبه‌ها، در سالن اسکیل لب بیمارستان شکل گرفت و جلسات بعدی به فاصله یک هفته، در همان ساعات به‌طور مستمر تا اتمام جلسات گروه‌درمانی که ۲۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود، اجرا شد و در اوایل اسفندماه ۱۴۰۰ به پایان رسید. در جلسه آخر در پایان جلسات گروه‌درمانی، مرحله پس‌آزمون انجام گرفت. مرحله اول پیگیری در اوایل فروردین‌ماه ۱۴۰۱، بعد از یک ماه و مرحله آخر پیگیری در اوایل خردادماه ۱۴۰۱، بعد از سه ماه از پایان گروه‌درمانی اجرا گردید.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق پژوهش حاضر IR.KHU.REC.1399.022 است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه با تأکید بر رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و در اولویت بودن سلامت روان‌شناختی از کلیه شرکت‌کنندگان نمونه حاضر در پژوهش اخذ شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از دوره آموزشی انصراف بدهند. همچنین به افراد گروه گواه اعلام شد که پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود.

آنالیز آماری

تمام تجزیه‌وتحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS2022 انجام شد. بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با آزمون کرویت‌ماچلی^{۱۱} تجزیه‌وتحلیل گردید. آمار توصیفی به‌صورت میانگین و انحراف معیار بیان شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل گردید.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. میانگین سنی گروه کنترل برابر ۳۹، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با ۴۰/۱۸ بود. از لحاظ میزان تحصیلات، ۸۱/۸ درصد گروه کنترل و ۹۱/۷ درصد گروه آزمایش، مدرک کارشناسی داشتند، و ۸/۳ درصد گروه کنترل و ۱۸/۲ درصد گروه آزمایش

11. M Box
12. Levens

10. Mauchly

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده و مؤلفه‌های هریک

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری سه‌ماهه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فرسودگی شغلی	آزمایش	۶۵/۰۹	۴/۶۳۶	۵۰/۷۳	۶/۴۰۵	۷/۰۲۹
	کنترل	۶۴/۶۷	۳/۹۱۶	۶۴/۲۵	۴/۰۰۳	۲/۷۰۱
مؤلفه خستگی هیجانی	آزمایش	۲۸/۶۴	۳/۲۳۳	۲۱/۴۵	۳/۸۵۷	۴/۷۳۳
	کنترل	۲۸	۱/۹۵۴	۲۸/۴۲	۱/۹۲۹	۲/۰۶۵
مؤلفه مسخ شخصیت	آزمایش	۹/۴۵	۱/۷۵۳	۹/۰۰	۱/۷۸۹	۱/۹۱۲
	کنترل	۸/۷۵	۲/۸۹۶	۹/۰۰	۲/۶۹۷	۱/۶۷۶
مؤلفه عدم کارایی فردی	آزمایش	۲۷/۰۰	۱/۹۴۹	۲۰/۲۷	۴/۱۴۹	۳/۹۸۲
	کنترل	۲۷/۹۲	۲/۴۲۹	۲۶/۸۳	۲/۳۲۹	۰/۹۹۶
فرسودگی زناشویی	آزمایش	۶۷/۷۳	۴/۶۹۲	۵۶/۸۲	۳/۲۸۱	۲/۹۴۸
	کنترل	۶۸/۵۸	۲/۰۶۵	۷۱/۰۸	۲/۶۱۰	۲/۷۲۵
مؤلفه خستگی جسمانی	آزمایش	۲۰/۲۷	۱/۵۵۵	۱۶/۷۳	۲/۶۴۹	۲/۵۴۸
	کنترل	۱۹/۷۵	۱/۳۵۷	۲۱/۱۷	۱/۷۴۹	۲/۳۵۳
مؤلفه خستگی ذهنی	آزمایش	۲۴/۸۲	۱/۷۷۹	۲۰/۸۲	۲/۴۸۳	۲/۳۰۰
	کنترل	۲۶/۱۷	۲/۱۲۵	۲۷/۰۰	۱/۷۰۶	۲/۲۳۴
مؤلفه خستگی هیجانی	آزمایش	۲۲/۶۴	۲/۴۲۰	۱۹/۲۷	۱/۱۹۱	۱/۳۰۰
	کنترل	۲۲/۶۷	۱/۳۰۳	۲۲/۹۲	۲/۰۶۵	۱/۷۷۵
تاب‌آوری خانواده کل	آزمایش	۱۳۷/۹۱	۳/۸۳۳	۱۵۱/۳۶	۵/۰۰۵	۶/۳۹۳
	کنترل	۱۳۶/۲۵	۴/۳۵۱	۱۳۸/۱۷	۲/۵۱۷	۴/۳۵۱
ارتباط و حل مسئله	آزمایش	۶۱/۹۱	۲/۵۰۸	۶۷/۵۵	۲/۶۵۹	۲/۹۷۰
	کنترل	۶۲/۹۲	۲/۰۲۱	۶۳/۱۷	۱/۴۶۷	۲/۰۲۱
چشم‌انداز مثبت	آزمایش	۲۷/۰۰	۱/۱۸۳	۲۷/۹۱	۱/۶۴۰	۲/۰۷۱
	کنترل	۲۵/۴۲	۱/۸۳۲	۲۵/۰۸	۱/۵۶۴	۱/۸۳۲
اقتصادی و اجتماعی	آزمایش	۱۳/۳۶	۱/۲۰۶	۱۵/۸۲	۰/۷۵۱	۱/۰۴۴
	کنترل	۱۲/۰۸	۱/۰۸۴	۱۳/۵۰	۰/۶۷۴	۱/۰۸۴
معنویت	آزمایش	۱۱/۰۰	۱/۴۸۳	۱۵/۰۰	۱/۰۹۵	۱/۶۲۹
	کنترل	۱۱/۰۰	۱/۲۰۶	۱۱/۶۷	۱/۱۵۵	۱/۲۰۶
انعطاف‌پذیری	آزمایش	۱۵/۷۳	۰/۶۴۷	۱۵/۴۵	۰/۸۲۰	۱/۰۲۷
	کنترل	۱۵/۷۵	۱/۲۸۸	۱۵/۹۲	۰/۹۹۶	۱/۲۲۸
همبستگی	آزمایش	۸/۹۱	۰/۵۳۹	۹/۶۴	۰/۹۲۴	۰/۹۴۴
	کنترل	۹/۰۸	۰/۶۶۹	۸/۸۳	۰/۳۸۹	۰/۶۶۹

شغلی، در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۲۵/۲۹۹$). همچنین اثر تعامل بین مرحله و گروه نیز معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$) و $F = ۲۶/۶۷۹$ ، پس می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از مراحل اندازه‌گیری بین میانگین نمرات فرسودگی شغلی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات فرسودگی شغلی با ثابت نگه‌داشتن عامل زمان، میانگین فرسودگی شغلی دو

میانگین پس‌آزمون برای گروه آزمایش ($۵۰/۷۳$) به‌طور معناداری از میانگین پس‌آزمون برای گروه کنترل ($۶۴/۲۵$) کوچک‌تر بود ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر آن میانگین پیگیری (سه‌ماهه) برای گروه آزمایش ($۵۳/۰۰$) به‌طور معناداری از میانگین پیگیری برای گروه کنترل ($۶۵/۷۵$) کوچک‌تر به دست آمد ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ با توجه به معنادار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری نمره فرسودگی

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اثر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر برای فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری پرستاران متأهل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
فرسودگی شغلی کل	زمان مرحله	۷۱۵/۳۵۹	۳	۲۳۸/۴۵۳	۲۵/۲۹۹	/۰۰۰	۰/۵۴۶
	زمان مرحله و گروه	۷۵۴/۳۵۹	۳	۲۵۱/۴۵۳	۲۶/۶۷۹	/۰۰۰	۰/۵۶۰
	خطا	۵۹۳/۷۹۴	۶۳	۹/۴۲۵			
بین گروهی	گروه	۲۰۵۴/۵۱۵	۱	۲۰۵۴/۵۱۵	۲۷/۹۰۲	/۰۰۰	۰/۵۷۱
	خطا	۱۵۴۶/۲۹۰	۲۱	۷۳/۶۳۳			
خستگی هیجانی	زمان مرحله	۱۳۴/۹۶۵	۳	۴۴/۹۸۸	۱۰/۰۵۲	/۰۰۰	۰/۳۲۴
	زمان مرحله و گروه	۲۱۴/۳۵۶	۳	۷۰/۷۸۵	۱۵/۸۱۵	/۰۰۰	۰/۴۳۰
	خطا	۲۸۱/۹۷۰	۶۳	۴/۴۷۶			
بین گروهی	گروه	۳۹۲/۷۷۵	۱	۳۹۲/۷۷۵	۱۵/۷۵۱	/۰۰۱	۰/۴۲۹
	خطا	۵۲۳/۶۸۲	۲۱	۲۴/۹۳۷			
مسخ شخصیت	زمان مرحله	۲۰/۱۶۸	۳	۶/۷۲۳	۴/۳۷۵	/۰۰۷	۰/۱۷۲
	زمان مرحله و گروه	۱۳/۱۲۴	۳	۴/۳۷۵	۲/۸۴۷	/۰۴۵	۰/۱۱۹
	خطا	۹۶/۸۱۱	۶۳	۱/۵۳۷			
بین گروهی	گروه	۲/۸۴۹	۱	۲/۸۴۹	۰/۱۸۳	/۶۷۳	۰/۰۰۹
	خطا	۳۲۷/۴۷۷	۲۱	۱۵/۵۹۴			
عدم کارایی فردی	زمان مرحله	۲۶۷/۵۸۹	۳	۸۹/۱۹۶	۲۶/۹۲۹	/۰۰۰	۰/۵۶۲
	زمان مرحله و گروه	۱۴۴/۴۵۸	۳	۴۸/۱۵۳	۱۴/۵۳۸	/۰۰۰	۰/۴۰۹
	خطا	۲۰۸/۶۷۲	۶۳	۳/۳۱۲			
بین گروهی	گروه	۵۶۷/۴۱۰	۱	۵۶۷/۴۱۰	۲۲/۹۵۰	/۰۰۰	۰/۵۲۲
	خطا	۵۱۹/۱۹۹	۲۱	۲۴/۷۲۴			
فرسودگی زناشویی کل	زمان مرحله	۲۰۹/۷۷۰	۳	۶۹/۹۲۳	۱۳/۶۸۷	/۰۰۰	۰/۳۹۵
	مرحله و گروه	۷۳۰/۴۶۵	۳	۲۴۳/۴۸۸	۴۷/۶۶۳	/۰۰۰	۰/۶۹۴
	خطا	۳۲۱/۸۳۹	۶۳	۵/۱۰۹			
بین گروهی	گروه	۲۴۴۸/۵۵۱	۱	۲۴۴۸/۵۵۱	۹۰/۱۶۶	/۰۰۰	۰/۸۱۱
	خطا	۵۷۰/۲۷۵	۲۱	۲۷/۱۵۶			
خستگی جسمانی	مرحله	۱۵/۸۴۲	۳	۵/۲۸۱	۲/۹۳۲	/۰۴۰	۰/۱۲۳
	مرحله و گروه	۱۳۴/۷۱۲	۳	۴۱/۵۷۱	۲۳/۰۸۲	/۰۰۰	۰/۵۲۴
	خطا	۱۱۳/۴۶۲	۶۳	۱/۸۰۱			
بین گروهی	گروه	۲۷۰/۹۶۵	۱	۲۷۰/۹۶۵	۲۲/۰۸۶	/۰۰۰	۰/۵۱۳
	خطا	۲۵۷/۶۴۴	۲۱	۱۲/۲۶۹			
خستگی ذهنی	مرحله	۳۳/۲۰۳	۳	۱۱/۰۶۸	۷/۷۸۸	/۰۰۰	۰/۲۷۱
	مرحله و گروه	۸۵/۳۷۷	۳	۲۸/۴۵۹	۲۰/۰۲۵	/۰۰۰	۰/۴۸۸
	خطا	۸۹/۵۳۶	۶۳	۱/۴۲۱			
بین گروهی	گروه	۴۶۴/۴۷۸	۱	۴۶۴/۴۷۸	۳۴/۲۳۰	/۰۰۰	۰/۶۲۰
	خطا	۲۸۴/۹۵۶	۲۱	۱۳/۵۶۹			
خستگی هیجانی	مرحله	۲۸/۸۱۵	۳	۹/۶۰۵	۵/۴۰۶	/۰۰۲	۰/۲۰۵
	مرحله و گروه	۴۷/۷۷۱	۳	۱۵/۹۲۴	۸/۹۶۳	/۰۰۰	۰/۲۹۹
	خطا	۱۱۱/۹۲۴	۶۳	۱/۷۷۷			
بین گروهی	گروه	۱۳۱/۵۶۳	۱	۱۳۱/۵۶۳	۲۰/۵۵۸	/۰۰۰	۰/۴۹۵
	خطا	۱۳۴/۳۹۴	۲۱	۶/۴۰۰			

۰/۷۶۷	۰/۰۰۱	۶۹/۰۵۳	۵۱۶/۶۰۹	۳	۱۵۴۹/۸۲۸	مرحله	درون گروهی	تاب آوری خانواده کل
۰/۷۶۶	۰/۰۰۰	۶۸/۸۷۵	۵۱۵/۲۷۶	۳	۱۵۴۵/۸۲۸	مرحله و گروه		
			۷/۴۸۱	۶۳	۴۷۱/۳۳۴	خطا		
۰/۷۶۰	۰/۰۰۰	۶۶/۶۷۰	۴۸۵۵/۶۵۲	۱	۴۸۵۵/۶۵۲	گروه	بین گروهی	
			۵۳/۰۹۳	۲۱	۱۱۱۴/۹۵۶	خطا		
۰/۶۵۲	۰/۰۰۰	۳۹/۴۲۰	۹۰/۳۰۵	۳	۲۷۰/۹۱۵	مرحله	درون گروهی	ارتباط و حل مسئله
۰/۶۵۲	۰/۰۰۰	۳۹/۴۰۱	۹۰/۲۶۲	۳	۲۷۰/۷۸۵	مرحله و گروه		
			۲/۲۹۱	۶۳	۱۴۴/۳۳۴	خطا		
۰/۵۸۱	۰/۰۰۰	۲۹/۰۶۱	۴۷۳/۹۱۳	۱	۴۷۳/۹۱۳	گروه	بین گروهی	
			۱۶/۳۰۷	۲۱	۳۴۲/۴۵۶	خطا		
۰/۲۹۲	۰/۰۰۰	۸/۶۶۰	۷/۲۱۱	۳	۲۱/۶۳۲	مرحله	درون گروهی	چشم انداز مثبت
۰/۲۰۶	۰/۰۰۰	۷/۴۰۷	۶/۱۶۷	۳	۱۸/۵۰۲	مرحله و گروه		
			۰/۸۳۳	۶۳	۵۲/۴۵۵	خطا		
۰/۴۹۲	۰/۰۰۰	۲۰/۳۳۵	۲۰۴/۵۲۷	۱	۲۰۴/۵۲۷	گروه	بین گروهی	
			۱۰/۰۵۸	۲۱	۲۱۱/۲۱۲	خطا		
۰/۶۰۱	۰/۰۰۰	۳۱/۵۸۵	۱۵/۴۰۸	۳	۴۶/۲۲۴	مرحله	درون گروهی	اقتصادی و اجتماعی
۰/۴۹۴	۰/۰۰۰	۲۰/۴۷۴	۹/۹۸۸	۳	۲۹/۹۶۳	مرحله و گروه		
			۰/۴۸۸	۶۳	۳۰/۷۳۳	خطا		
۰/۷۷۹	۰/۰۰۰	۷۳/۹۳۶	۱۹۰/۵۰۱	۱	۱۹۰/۵۰۱	گروه	بین گروهی	
			۲/۵۷۷	۲۱	۵۴/۱۰۸	خطا		
۰/۵۶۳	۰/۰۰۰	۲۷/۰۸۸	۳۰/۹۷۸	۳	۹۲/۹۳۳	مرحله	درون گروهی	معنویت
۰/۵۳۴	۰/۰۰۰	۲۴/۰۴۷	۲۷/۴۹۹	۳	۸۲/۴۹۸	مرحله و گروه		
			۱/۱۴۴	۶۳	۷۲/۰۴۵	خطا		
۰/۷۴۶	۰/۰۰۰	۶۱/۶۱۳	۲۲۸/۰۰۵	۱	۲۲۸/۰۰۵	گروه	بین گروهی	
			۳/۷۰۱	۲۱	۷۷/۷۱۲	خطا		
۰/۱۹۷	۰/۰۰۳	۵/۱۵۲	۱/۸۱۶	۳	۵/۴۴۸	مرحله	درون گروهی	انعطاف پذیری
۰/۲۶۲	۰/۰۰۰	۷/۴۵۵	۲/۶۲۷	۳	۷/۸۸۲	مرحله و گروه		
			۰/۳۵۲	۶۳	۲۲/۲۰۵	خطا		
۰/۰۲۸	۰/۴۴۹	۰/۵۹۵	۲/۰۵۶	۱	۲/۰۵۶	گروه	بین گروهی	
			۳/۴۵۵	۲۱	۷۲/۵۵۳	خطا		
۰/۲۹۲	۰/۰۰۰	۸/۶۴۱	۲/۰۹۶	۳	۶/۲۸۷	مرحله	درون گروهی	همبستگی
۰/۲۷۸	۰/۰۰۰	۸/۱۰۳	۱/۹۶۵	۳	۵/۸۹۶	مرحله و گروه		
			۰/۲۴۳	۶۳	۱۵/۲۷۸	خطا		
۰/۲۵۶	۰/۰۱۴	۷/۲۳۷	۱۰/۷۳۱	۱	۱۰/۷۳۱	گروه	بین گروهی	
			۱/۴۸۳	۲۱	۳۱/۱۳۸	خطا		

($P=0/001$) و عدم کارایی فردی ($F=22/950$ و $P=0/001$) بودند، اما در مؤلفه مسخ شخصیت ($P>0/05$) و تفاوت معنادار وجود نداشت. ($F=0/183$)

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۳ با توجه به معنادار بودن اثر مرحله نشان داد که بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری نمره فرسودگی زناشویی، در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$ و $F=13/687$). همچنین اثر تعامل بین مرحله و گروه نیز معنادار بود ($P<0/001$ و $F=47/663$). تأثیر گروه نیز بر نمرات

گروه در هر یک از مراحل اندازه گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه شد. مقایسه های چندگانه به وسیله t بونفرونی نشان داد که کاهش میانگین پس آزمون ($50/73$) و پیگیری ($53/00$) نسبت به پیش از مداخله ($65/09$) برای گروه آزمایش معنادار بود ($P=0/001$)؛ اما برای گروه کنترل میانگین پیش آزمون ($64/67$)، پس آزمون ($64/25$) و پیگیری دوم ($65/75$) معنادار نبود ($P>0/05$). نتایج جدول ۳ نیز، حاکی از معناداری تفاوت بین گروه ها در مؤلفه های فرسودگی شغلی بود که شامل خستگی هیجانی ($F=15/751$) و

گفت که فرسودگی زناشویی در گروه تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد پس از مداخله و پیگیری به‌طور معناداری کاهش یافته است و این نتایج حاکی از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فرسودگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در پرستاران متأهل و حفظ این اثر با گذشت زمان است.

میانگین نمره تاب‌آوری خانواده و مؤلفه‌های آن در پرستاران متأهل گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). بدین معنا که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تاب‌آوری خانواده پرستاران متأهل شده است ولی در گروه کنترل، میانگین نمره افزایش نداشته است. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که با توجه به معنادار بودن اثر مرحله، بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوم نمره تاب‌آوری خانواده، در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ ($F = 69/053$ و $P < 0/001$). همچنین اثر تعامل بین مرحله و گروه نیز معنادار است ($F = 68/875$ و $P < 0/001$). همچنین تأثیر گروه نیز بر نمرات تاب‌آوری خانواده معنادار است ($P < 0/001$ و $F = 66/670$).

به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از مراحل اندازه‌گیری بین میانگین نمرات تاب‌آوری خانواده در گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مؤلفه‌های تاب‌آوری ارتباط و حل مسئله ($F = 29/061$ و $P = 0/001$)، چشم‌انداز مثبت ($F = 20/335$ و $P = 0/001$) و اقتصادی و اجتماعی ($F = 73/936$ و $P = 0/001$)، معنویت ($F = 61/613$ و $P = 0/001$)، همبستگی ($F = 7/237$ و $P = 0/001$)؛ در بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). نتایج مقایسه‌های چندگانه به‌وسیله t بونفرونی نشان داد که افزایش میانگین پس‌آزمون ($151/36$) و پیگیری ($157/55$) نسبت به پیش از مداخله ($137/91$) برای گروه آزمایش معنادار بود ($P = 0/001$)؛ اما برای گروه کنترل میانگین پیش‌آزمون ($136/25$)، پس‌آزمون ($138/17$)، و پیگیری ($136/25$) معنادار نبود ($P > 0/05$). علاوه بر این تغییرات ایجادشده از پس‌آزمون به پیگیری در هیچ‌کدام از گروه‌ها معنی‌دار نبود. بنابراین می‌توان گفت که تاب‌آوری خانواده در گروه تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد پس از مداخله و پیگیری به‌طور معناداری افزایش یافته است. این نتایج حاکی از اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در

فرسودگی زناشویی معنادار به دست آمد ($P < 0/001$) و $F = 90/166$). به‌طورکلی می‌توان نتیجه گرفت که صرف‌نظر از مراحل اندازه‌گیری بین میانگین نمرات فرسودگی زناشویی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج نشان داد که میانگین نمره فرسودگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته، ولی در گروه کنترل، میانگین نمره کاهش معناداری نداشته است. همچنین، نتایج از معناداری تفاوت بین گروه‌ها حکایت می‌کند ($P = 0/001$). میانگین پس‌آزمون برای گروه آزمایش ($56/82$) به‌طور معناداری از میانگین پس‌آزمون برای گروه کنترل ($71/08$) کوچک‌تر بود ($P < 0/01$). علاوه بر آن میانگین پیگیری برای گروه آزمایش ($59/91$) به‌طور معناداری از میانگین پیگیری برای گروه کنترل ($71/17$) کوچک‌تر بود ($P < 0/01$). نتایج وجود تفاوت معنادار آماری درون‌گروهی بین چهار بار اندازه‌گیری فرسودگی زناشویی را نیز تأیید می‌کند ($F = 13/687$ و $P = 0/000$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین نمره فرسودگی زناشویی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (سه‌ماهه) صرف‌نظر از گروه تفاوت وجود دارد. نتایج مقایسه‌های چندگانه به‌وسیله t بونفرونی نشان داد که کاهش میانگین پس‌آزمون ($56/82$) و پیگیری ($59/91$) نسبت به پیش از مداخله ($67/73$) برای گروه آزمایش معنادار بود ($P = 0/001$)؛ اما برای گروه کنترل میانگین پیش‌آزمون ($68/58$)، پس‌آزمون ($71/08$) و پیگیری ($71/17$) معنادار نبود ($P > 0/05$).

علاوه بر این تغییرات ایجادشده از پس‌آزمون به پیگیری در هیچ‌کدام از گروه‌ها معنی‌دار نبود؛ بنابراین آزمون t بونفرونی نشان داد که میانگین فرسودگی زناشویی در گروه آزمایش پس از مداخله و پیگیری نسبت به پیش از مداخله به‌طور معناداری تغییر کرده است، درحالی‌که میانگین‌های گروه کنترل در سه مرحله تغییر معناداری ندارد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر روی مؤلفه‌های فرسودگی زناشویی؛ خستگی جسمانی ($F = 22/086$ و $P = 0/001$) و خستگی ذهنی ($F = 34/230$ و $P = 0/001$) و خستگی هیجانی ($F = 20/558$ و $P = 0/001$)؛ بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). بنابراین می‌توان گفت که فرسودگی زناشویی و مؤلفه‌های آن در گروه تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد پس از مداخله و پیگیری به‌طور معناداری کاهش یافته است. در نتیجه می‌توان

افزایش تاب‌آوری خانواده پرستاران متأهل و حفظ این اثر با گذشت زمان است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، فرسودگی زناشویی و تاب‌آوری خانواده در پرستاران متأهل بیمارستان آرش تهران پرداخته است. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مداخله درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نمره کل فرسودگی شغلی و مؤلفه‌های آن (خستگی هیجانی، عدم کارایی فردی)، نمره کل فرسودگی زناشویی و هر سه مؤلفه آن (خستگی هیجانی، خستگی ذهنی و خستگی جسمانی) و افزایش نمره کل تاب‌آوری خانواده و شش مؤلفه آن (ارتباط و حل مسئله، چشم‌انداز مثبت، اقتصادی و اجتماعی، معنویت، همبستگی و انعطاف‌پذیری) تأثیر معناداری داشته است. همچنین نتایج تأیید کرد که تأثیر مداخله درمانی با گذشت زمان و در مرحله پیگیری نیز از پایداری لازم برخوردار بوده است.

طبق نتایج به‌دست‌آمده، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی شغلی پرستاران متأهل گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معناداری اثربخش است. به‌بیان‌دیگر بیش از نیمی از واریانس در میزان فرسودگی شغلی پرستاران متأهل توسط رویکرد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که در فرایند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اصل اساسی سلامت روان‌شناختی محسوب می‌گردد. فرایند این درمان ممکن است به اعضای گروه کمک کند تا درد را به‌عنوان بخش طبیعی و اجتناب‌ناپذیری از زندگی بپذیرند و با فرار از آن و تلاش در جهت کنترل تجربه‌های دردناک، آن‌ها را به رنج و مشکلات بلندمدت تبدیل نکنند. درواقع در فرایند درمان، به پرستاران گروه آزمایشی می‌آموزند که اگر آن‌ها در حوزه‌های زندگی خود (شغل، رابطه زناشویی، رابطه با همکاران، بیماران، سلامت، سبک زندگی،...)، مسائل و مشکلاتی دارند، اگر مسائل قابل‌تغییر هستند که هدف‌گذاری کنند و با اقدامات متعهدانه در جهت اهداف ارزش‌مدار بکوشند و اگر تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش درد و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز کنند تا

زندگی مطلوب را تنها در همین لحظه اکنون آغاز کنند تا بتوانند انعطاف‌پذیری‌شان را در مشکلات و دردهای زندگی و مشکلات شغلی (رابطه با خانواده، بیمار، همکار، خانواده بیمار،... بیماری‌های پاندمی مثل کرونا،...) افزایش دهند تا این روند موجب کاهش فرسودگی شغلی آن‌ها شود.

در شرح فرایند اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باید گفت که درمانگر به کمک اعضای گروه، می‌کوشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در دو شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برای گروه، آموزش بدهد. در ابتدا، شش‌ضلعی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی تشریح و معمولاً از ضلع اجتناب تجربه‌ای شروع می‌شود. وقتی اعضای گروه با این رفتار آشنا شدند، درمانگر از تکنیک ناامیدی خلاقانه استفاده می‌کند تا اعضای گروه به وجود رفتارهای ناکارآمد خود آگاه شوند و این آگاهی ممکن است سبب پذیرش ناکارآمد بودن سبک و رفتار اجتناب تجربه‌ای شود. همچنین، پرستاران متوجه علت این رفتار اجتنابی نیز می‌شوند؛ افراد نمی‌خواهند درد هیجانی رویداد واقع‌شده را بپذیرند و کنار بیایند، پس سعی می‌کنند که از آن درد فرار یا اجتناب کنند، که رفتاری ناکارآمد و بی‌فایده است و آن را به رنج دائمی برای فرد تبدیل می‌کند.

برای آشنایی بیشتر پرستاران از این فرایند درد و رنج، از استعاره‌ها و تمثیل‌های مربوط به این درمان استفاده می‌شود که بسیار کمک‌کننده است و موجب بینش و ادراک صحیح رفتارهای ناکارآمد می‌شود. زمانی که اعضا آمادگی تغییر رفتار ناکارآمد اجتناب تجربه‌ای را پیدا کردند، درمانگر به ضلع روبروی این مورد در شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌پردازد که پذیرش و تمایل نامیده می‌شود.

طبق جستجوی پژوهشگران در خصوص مقایسه تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی مؤثر با سایر پژوهش‌ها، تحقیق مشابهی با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد اما از میان تحقیقات یافت شده، نتایج پژوهش «اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی پرستاران» که توسط بحرینیان، خانجانی و مسجدی آرانی (۳۳)، انجام شده است، با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

نتیجه دیگر به‌دست‌آمده از این پژوهش تأثیر رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی در پرستاران است، بررسی‌ها نشان داد که پرستاران متأهل

ارزش‌مدار که همان افزایش ابعاد صمیمیت در رابطه زناشویی است، به عمل می‌آورد تا از این طریق بتوانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را افزایش دهند و از خستگی هیجانی، روانی و جسمانی اعضای گروه در رابطه زناشویی بکاهند. همچنین، احتمال زیادی وجود دارد که انجام تمرینات و استعاره‌ها و تکالیف مرتبط با مفاهیم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در رابطه بین فردی اعضای گروه، بستر مناسبی برای پویایی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود و به کاهش فرسودگی زناشویی پرستاران در رابطه زناشویی آن‌ها بیانجامد. این یافته یعنی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی پرستاران متأهل مؤثر است، با نتایج تحقیقات اسدپور و ویسی (۴۱)، و آرین فر و رسولی (۳۱) همسو است.

همچنین این مطالعه نشان داد که میزان تاب‌آوری خانواده در پرستاران متأهل حاضر در گروه آزمایشی تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با پرستاران متأهل گروه کنترل، افزایش قابل توجهی داشته است. تقریباً ۷۵ درصد واریانس در میزان تاب‌آوری خانواده پرستاران متأهل توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود. پژوهش حاضر با پژوهش همتی و همکاران (۴۲) همسو است. می‌توان گفت که وجه مشترک این درمان با تاب‌آوری خانواده که پذیرش درد و تجارب ناگوار که امکان تغییر ندارند، و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. همچنین درباره شش مفهوم بنیادی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان گفت که تکنیک‌های استعاره‌ها، تمرینات و تکالیف خانگی، در نهایت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پرستاران را افزایش می‌دهند. از طرف دیگر، تاب‌آوری خانواده، از ناملایمات برای ایجاد رشد و تحول فردی و روابط استفاده می‌کند که این امر منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پرستاران در حوزه‌های مهم زندگی، مخصوصاً شغل و رابطه زناشویی در مواقع سختی کار شبیه به پاندمی بیماری مثل کرونا، می‌شود.

با این تفاسیر این درمان می‌تواند با بهره‌گیری از استعاره‌ها، تمرینات و تکالیف خانگی مفاهیم بنیادی مثل پذیرش (پذیرش بحران‌ها و فشارهای مداوم خانواده و پذیرش درد)، گسلش شناختی (آگاهی نسبت به افکار و رفتار خویشتن و اعضای خانواده)، ذهن آگاهی در زمان حال (آگاهی و تجربه هیجانات و رفتار در زمان حال در مورد خود و سایر اعضا)، خود به‌عنوان زمینه (خود مشاهده‌گر، توصیف افکار و احساسات بدون قضاوت چه در مورد خویش و دیگران، مفهوم متعالی

که در گروه آزمایشی تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار داشتند در مقایسه با پرستاران متأهل گروه کنترل، کاهش قابل توجهی در میزان فرسودگی زناشویی از خود نشان داده‌اند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که رابطه بین فردی پرستاران گروه‌درمانی با همسرانشان (رابطه زناشویی)، به دلیل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مراحل فرایند درمان نیز تحت تأثیر استعاره‌ها و تمرینات پرستاران در گروه‌درمانی قرار دارد. در اجرای این فرایند، اعضای گروه یاد می‌گیرند که رفتارهای ناکارآمد (اجتناب تجربه‌ای) خود در رابطه زناشویی را با بهره گرفتن از استعاره‌ها و تمرینات و همچنین ناامیدی خلاقانه برای مؤثر نبودن رفتار ناکارآمدشان، مورد بررسی قرار دهند. این بررسی باعث افزایش بینش و آگاهی آن‌ها از رابطه می‌شود. سپس با بهره گرفتن از استعاره‌ها و تمرینات مربوط و پذیرش درد ناشی از هیجانات در رابطه زناشویی، یاد می‌گیرند که با استفاده از استعاره‌ها و تمرینات T به مفاهیم به‌عنوان بستر خود مشاهده‌گر، و گسلش شناختی، از قضاوت‌های خود (خود مفهوم‌سازی شده، مثل «من بدبختم» و آمیختگی شناختی مثل «همسرم من را دوست ندارد و از من متنفر است») در رابطه زناشویی‌شان فاصله بگیرند. یعنی با تمرینات و استعاره‌های مربوط، مخصوصاً در مورد نظریه چارچوب ارتباطی، متوجه شوند که ذهن ماشین تولید فکر هست، و تمام این جملات در مورد شناخت و قضاوت خود، دیگران و محیط، فقط یک فکر هستند و توانایی عملکرد و کارکرد را ندارند. این نگاه موجب می‌شود تا درد هیجانی به رنج دائمی تبدیل نشود، و همچنین باعث کاهش خستگی جسمانی و روانی پرستاران در رابطه گردد. در ضمن، اعضای گروه، با فاصله گرفتن از قضاوت‌هایشان نسبت به خود، دیگران و شرایط محیطی، می‌توانند با بهره گرفتن از تمرینات و استعاره‌های مربوط به ذهن آگاهی و ماندن در زمان حال، از غلبه هیجانات مرتبط با خاطرات و اتفاقات گذشته و پیش‌بینی خطرات در آینده رابطه زناشویی‌شان جلوگیری کنند. این امر نیز موجب کاهش خستگی هیجانی و روانی و جسمانی اعضا خواهد شد که سبب کاهش فرسودگی زناشویی می‌شود.

در نهایت اعضا پس از تصریح ارزش‌ها با استفاده از تمرینات و استعاره‌ها به کمک درمانگر، اهدافی مبتنی بر ارزش در حوزه رابطه زناشویی تعیین می‌کنند و با بهره گرفتن از یادگیری مهارت‌های زناشویی، مثل مذاکره و گفتگوی مؤثر، کنترل خشم، همدلی و جرئت‌ورزی و ... اقدامات متعهدانه‌ای در مسیر اهداف

که قابل تغییر هستند روبرو می شوند، هدف‌گذاری و اقدامات متعهدانه در جهت اهداف ارزش‌مدار پاسخ مناسب این روبرویی است و اگر تغییر ممکن نیست باید بر پذیرش درد و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز کنند و زندگی مطلوب را تنها در همین لحظه اکنون آغاز کنند تا بتوانند انعطاف‌پذیری‌شان را در مشکلات و دردهای زندگی و مشکلات شغلی (رابطه با خانواده، بیمار، همکار، خانواده بیمار، بیماری‌های پاندمی مثل کرونا) افزایش دهند و با این اقدامات روند فرسودگی شغلی و زناشویی خود را کمتر نمایند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه پرستاران مهم‌ترین عضو فعال حوزه بهداشت و درمان، به‌خصوص در پاندمی بیماری‌هایی مثل کرونا هستند و به سبب حساسیت‌های شغلی با چالش‌های فراوان و طاقت‌فرسایی درگیر می‌شوند که احتمالاً موجب فرسودگی شغلی و فرسودگی زناشویی آن‌ها خواهد شد، با استفاده از مداخلات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان به افزایش تاب‌آوری خانواده و کاهش فرسودگی شغلی و فرسودگی زناشویی آن‌ها کمک نمود.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از استادان راهنما، مشاوران پژوهشی، ریاست و مدیریت محترم بیمارستان جامع بانوان آرش و پرستاران محترم متأهل که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

از خود)، ارزش‌ها (شفاف‌سازی ارزش‌های فردی شخص در کانون خانواده) و اقدامات متعهدانه (رفتارهای کارآمد در جهت اهداف ارزش‌مدار خویش و خانواده) به پرستار کمک کند تا بتواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را افزایش دهد و در نهایت، موجب افزایش تاب‌آوری خانواده شود که بر ابعاد تاب‌آوری خانواده اثر می‌گذارد. نتایج مطالعه نشان داد افرادی که تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند از فرسودگی شغلی و فرسودگی زناشویی کمتری و تاب‌آوری خانواده بیشتری نسبت به گروه کنترل برخوردار شدند. در تبیین احتمالی این نتایج، می‌توان به مطالعات مربوط به فرسودگی استناد کرد که ریشه فرسودگی را در مشاغل مراقبتی/خدماتی می‌داند که در آن هسته اصلی کار، رابطه بین ارائه‌دهنده و گیرنده (رابطه بین فردی) در محیط شغلی است و چیزهایی که در این رابطه بین فردی شغلی تأثیرگذار است، هیجانات، افکار، نیازها و رفتارها است (۱۳)

اگر افراد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته باشند می‌توانند هیجانات بین فردی را به بهترین نحو مدیریت کنند، بنابراین به نظر می‌رسد که فرایند درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و همچنین تاب‌آوری خانواده را در اعضای گروه آزمایش افزایش داده و بدین ترتیب فرسودگی شغلی و فرسودگی زناشویی کاهش پیدا کرده است.

در فرایند اثربخشی نیز این درمان به اعضای گروه کمک کرده تا درد را به‌عنوان بخش طبیعی و اجتناب‌ناپذیری از زندگی‌شان بپذیرند و با اجتناب از درد و تلاش در جهت کنترل تجربه‌های دردناک، آن‌ها را به رنج و مشکلات بلندمدت تبدیل نکنند.

پرستاران گروه آزمایشی با نتایج این مطالعه در فرایند درمان، می‌آموزند که اگر در حوزه‌های زندگی خود (شغل، رابطه زناشویی، رابطه با همکاران، بیماران، سلامت، سبک زندگی) با مسائل و مشکلاتی

منابع

1. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*. 2020;24:100424.
2. Itzhaki M, Peles-Bortz A, Kostistky H, Barnoy D, Filshtinsky V, Bluvstein I. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(5):403-12.
3. Hsieh HF, Chang SC, Wang HH. The relationships among personality, social support, and resilience of abused nurses at emergency rooms and psychiatric wards in Taiwan. *Women Health*. 2017;57(1):40-51.

4. Benincasa V, Passannante M, Perrini F, Carpinelli L, Moccia G, Marinaci T, et al. Burnout and Psychological Vulnerability in First Responders: Monitoring Depersonalization and Phobic Anxiety during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5).
5. Bakker AB, Killmer CH, Siegrist J, Schaufeli WB. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *J Adv Nurs*. 2000;31(4):884-91.
6. Ondriová I. The incidence of burnout in nursing practice. *Pielegniarstwo XXI wieku/ Nursing in the 21st Century*. 2017;16(1):15-9.
7. Gichara RW. Burnout in Nurses at a Referral Hospital in Western Kenya. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*. 2017;7(11):704-15.
8. Makkai K. Evaluating the level of burnout among healthcare professionals. *Acta Universitatis Sapientiae, Social Analysis*. 2018(8):23-39.
9. Bahmani N, Etamadi O, Ahmadi SA, Fatehizadeh M. The Factors Affecting the Marriage Disaffection among Iranian Couples in Iran: A Qualitative Study. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2017;15(4):467-73. [In Persian].
10. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of employment counseling*. 2003;40(2):50-64.
11. Zonker VJ. *Career counseling*. 2009. Translated by Nazari AM, Mohsen zadeh F, Bustanipour AR. Tehran: Publishing of Educational Sciences of Samt. 2011. [In Persian].
12. O'Brien WH, Singh RS, Horan K, Moeller MT, Wasson R, Jex SM. Group-Based Acceptance and Commitment Therapy for Nurses and Nurse Aides Working in Long-Term Care Residential Settings. *J Altern Complement Med*. 2019;25(7):753-61.
13. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
14. Ksiazek I, Stefaniak TJ, Stadnyk M, Ksiazek J. Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15(4):347-50.
15. Johnson J, Hall LH, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):20-32.
16. Davey MM, Cummings G, Newburn-Cook CV, Lo EA. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *J Nurs Manag*. 2009;17(3):312-30.
17. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*. 1981;2(2):99-113.
18. Maghsudi M, Mohamadi S. A study on the relationship between job burnout and couple burnout of female gynecologists (case study: Tehran). *Women in Development and Politics (Women's Research)*. 2010;8(3):57-71. [In Persian].
19. Brindley PG, Olusanya S, Wong A, Crowe L, Hawryluck L. Psychological 'burnout' in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse. *J Intensive Care Soc*. 2019;20(4):358-62.
20. Pines AM, Neal MB, Hammer LB, Icekson T. Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*. 2011;74(4):361-86.
21. Niazipour J. Investigating the relationship between job burnout and marital burnout in nurses. Master's thesis. Family counseling group. Faculty of Psychology and Educational Sciences. Tarbiat Moalem University. 2010 [In Persian].
22. Sofiani Y, Kamil AR, Muhdiana D, Aji PT, Kurniati D, Sudrajat DA. Determinant of stress and burnout among nurses at the second wave of the Indonesian COVID-19 pandemic: A national web-based survey. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2021;9(E):1127-32.
23. Joseph S, Alex Linley P, Harris GJ. Understanding positive change following trauma and adversity: Structural clarification. *Journal of loss and trauma*. 2004;10(1):83-96.
24. Hartmann S, Backmann J, Newman A, Brykman KM, Pidduck RJ. Psychological resilience of entrepreneurs: A review and agenda for future research. *Journal of small business management*. 2022;60(5):1041-79.
25. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2009;29(4):371-9.
26. Baskin RG, Bartlett R. Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic:

- An integrative review. *J Nurs Manag.* 2021;29(8):2329-42.
27. Zahrakar K, Karami K, Bozorgmanesh K. Evaluate the psychometric properties of the Sixbey. *Quarterly of Educational Measurement.* 2014;5(18):133-56. [In Persian].
 28. Hawley DR, DeHaan L. Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Fam Process.* 1996;35(3):283-98.
 29. Yang G, Liu J, Liu L, Wu X, Ding S, Xie J. Burnout and Resilience Among Transplant Nurses in 22 Hospitals in China. *Transplant Proc.* 2018;50(10):2905-10.
 30. Kaviani Z, Hamid N, Enayati M. The Effect of Religious Based Cognitive Behavioral Therapy on Resiliency in Couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2017;15(57):26-35. [In Persian].
 31. Arianfar N, Rasouli R. The comparison of solution-focused couple therapy with acceptance and commitment couple therapy on marital burnout of couples. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2019;20(1):47-60. [In Persian].
 32. Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on job stress and burnout. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2013;19(2):120-32. [In Persian].
 33. Bahrainian A, Khanjani S, Masjedi AA. The efficacy of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on burnout in nurses. *Police Medicine.* 2016;5(2):143-52. [In Persian].
 34. Khanjani S, Donyavi V, Asmari Y, Rajabi M. The effectiveness of group training Acceptance and Commitment therapy on Moral Distress and Resiliency in Nurses. *Nurse and Physician within War.* 2018;5(16):50-8. [In Persian].
 35. Hayes SC, Smith S. Only in one moment of the act (step-by-step self-study of therapy based on acceptance and commitment. 2011; Translated by Mojtaba Rabbani. Tehran: Jangal Publications; 2017. [In Persian].
 36. Dahl J, Stewart I, Martell CR, Kaplan JS. ACT and RFT in relationships: Helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory: New Harbinger Publications; 2014. Translated by Navabinejad S, Saadati N, Rostami M. Tehran: Jungle Publications; 2015. [In Persian].
 37. Wardley M, Flaxman PE, Willig C, Gillanders D. 'Feel the Feeling': Psychological practitioners' experience of acceptance and commitment therapy well-being training in the workplace. *J Health Psychol.* 2016;21(8):1536-47.
 38. Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, et al. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2022;79(4):287-99.
 39. Rastjoo S, Zandvanian A. Predicting of job burnout of female nurses based on effort-reward imbalance and components of positive psychology. *Occupational Medicine Quarterly Journal.* 2021;13(2):29-39. [In Persian].
 40. Navidi F. Investigating and comparing the relationship between marital burnout and organizational climate factors in employees of education departments and nurses in Tehran hospitals. 2005. Master's thesis of Faculty of Educational Sciences and Psychology. Tehran: Shahid Beheshti University; [In Persian].
 41. Asadpour E, Veisi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital satisfaction, sexual self-esteem and burnout martial among women with type 2 diabetes. *Journal of Arak University of Medical Sciences.* 2019;21(7):8-17. [In Persian].
 42. Hemmati M, Maddahi ME. Comparison the effectiveness of couple therapy based on schema therapy with couples therapy based on acceptance and commitment therapy on family resiliency of couples. *Journal of Woman and Family Studies.* 2018;6(2):145-63.